

# 【記入見本】

常務理事	事務長	課長	係長	係

## 健康保険被保険者証 滅失① 届 回収不能②

提出年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者証の 記号及び番号	3003 — 12345	氏 名	健保 太郎
電 話 番 号	0493— 23 — ××××		
住 所	〒 355-0028 埼玉県 東松山市箭弓町〇—〇〇		
資格取得年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和	資格喪失年月日	昭和 平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日 令和
対象者氏名	※複数の場合は対象者全員の名前を記入してください。 健保 花子		

### ①滅失届の場合

被保険者証を 滅失した事由	* 滅失の理由(日時、場所、原因等)をご記入下さい。
------------------	----------------------------

### ②回収不能届の場合(事業主記載)

被保険者証の 回収不能事由	
事業主が健康保険被保険者証の 返納方を督促した状況	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話
	年 月 日 文書・口頭・電話

健康保険被保険者証が 滅失 回収不能 のため、届出します。

事業所  
所在地  
名称  
事業主氏名  
電話番号 ( - - )